

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 février 1892, à 1 heure

Par LOUIS GAZARD

Né à Blesle (Haute-Loire), le 29 septembre 1863

Ancien externe des hôpitaux

Ancien chef de la clinique otologique de Paris

UTILITÉ

DE LA RUPTURE ARTIFICIELLE

Des membranes avant la dilatation complète
dans l'accouchement

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { GAUTIER, professeur.
 { A. ROBIN, FAUCONNIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 février 1892, à 1 heure

Par LOUIS GAZARD

Né à Blesle (Haute-Loire), le 29 septembre 1863

Ancien externe des hôpitaux

Ancien chef de la clinique otologique de Paris

UTILITÉ

DE LA RUPTURE ARTIFICIELLE

Des membranes avant la dilatation complète
dans l'accouchement

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { GAUTIER, professeur.
 { A. ROBIN, FAUCONNIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale		DEBOVE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie		TILLAUD.
Thérapeutique et matière médicale		N.
Hygiène		HAYEM.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale		LABOULBÈNE.
Clinique médicale	}	STRAUS.
Maladie des enfants		G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux		PETER.
Clinique chirurgicale	}	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires		BALL.
Clinique ophthalmologique		FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	}	CHARCOT.
		VERNEUIL.
		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEY	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTENESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	KETTERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Cher maître,

Vous m'avez fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de cette thèse que j'aurais souhaité plus digne de vous.

C'est pour moi un motif de plus pour vous remercier de toutes les bontés que vous avez eues pour moi. Permettez-moi de vous témoigner ici l'hommage de mon plus respectueux attachement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552012_0048

UTILITÉ

DE LA

RUPTURE ARTIFICIELLE

Des membranes avant la dilatation complète dans l'accouchement

Pendant le temps où nous avons eu l'honneur de suivre les leçons de notre éminent maître, M. le professeur Pinard, nous avons eu l'occasion de voir des femmes en travail accoucher après la rupture artificielle prématurée des membranes dans un temps relativement très court alors que le travail commencé depuis déjà longtemps était à peu près complètement arrêté ou du moins ralenti dans des proportions pouvant être préjudiciables, soit à la mère soit à l'enfant.

Notre but dans cette courte étude est de montrer de

notre mieux dans quels cas la rupture artificielle des membranes avant la dilatation complète sera utile et même nécessaire.

Dans quels cas au contraire il sera indiqué de s'abstenir de cette manœuvre dans l'accouchement.

Avant toutefois d'aborder franchement la question de la ponction du liquide amniotique nous pensons qu'il est utile d'examiner brièvement, ici, l'anatomie et la physiologie des membranes ovulaires et de la poche des eaux.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DES MEMBRANES OVULAIRES ET DE LA POCHE DES EAUX

Les membranes ovulaires sont constituées par trois couches bien distinctes superposées.

En allant du dehors en dedans ce sont :

D'abord une première membrane la caduque qui se forme aux dépens de la muqueuse utérine.

Nous savons en effet que l'œuf fécondé se loge dans un repli de la muqueuse utérine, que les deux replis de cette muqueuse prennent un développement rapide, et viennent englober le corps étranger laissé à son contact.

Au-dessous, tapissant la face interne de la caduque, se trouve le chorion qui fait suite directement au placenta avec lequel il a une origine commune. Nous savons en effet, que c'est de l'union de l'allantoïde et du chorion secondaire que naît le chorion définitif, cette membrane recouvre la face externe de l'amnios et est beaucoup plus adhérente à la caduque qu'à l'amnios.

En effet le contact avec la caduque est immédiate, tandis qu'il est médiat avec l'amnios par l'intermédiaire

d'une substance glutinée désignée sous le nom de *Magma réticulé*.

C'est cette disposition et la perméabilité de l'amnios qui a permis à M. le professeur Pinard d'expliquer l'origine des poches amnio-choriales.

L'amnios pouvant ainsi se décoller facilement du chorion, étant de plus perméable laisse transsuder du liquide amniotique qui vient s'accumuler entre cette membrane et le chorion.

Enfin au dessous du chorion se trouve une troisième membrane, l'amnios, la membrane la plus interne de l'œuf.

Elle se développe aux dépens du feuillet sous-jacent à la paroi de la vésicule ombilicale. A son développement complet, elle recouvre toute la face interne du chorion, le cordon auquel elle forme une gaine, et se termine à l'ombilic du fœtus cessant où commence la peau de l'enfant.

L'amnios se compose de deux tuniques, une externe conjonctive, une interne épithéliale. Les vaisseaux y font défaut sauf au voisinage du placenta.

Ces trois membranes superposées sont distendues par un liquide appelé liquide amniotique.

Ce liquide apparaît peu après la formation de l'amnios clair et transparent au début de la grossesse, il devient jaunâtre à la fin, dans un état pathologique il peut être verdâtre (méconium), rougeâtre (sang).

Il contient principalement du chlorure de sodium, du lactate de soude, de l'albumine, à quatre mois et demi

son poids équivalait à peu près à celui du fœtus, au terme de la grossesse son abondance est d'un demi litre, et lorsque la quantité dépasse un litre il en résulte un état pathologique désigné sous le nom d'hydramnios, sur lequel nous reviendrons bientôt.

Les usages du liquide amniotique sont multiples. Par sa présence il crée au fœtus une atmosphère liquide ou il peut se mouvoir d'un autre côté, si la paroi utérine était directement appliquée sur le fœtus la circulation funiculaire deviendrait impossible, tandis qu'elle est effectuée facilement dans ce liquide.

L'origine du liquide amniotique est expliquée d'une manière différente par plusieurs auteurs.

Certains accoucheurs lui attribuent des propriétés nutritives vis à vis du fœtus, mais c'est là une question en dehors de notre sujet.

Le col en s'effaçant et se dilatant met à nu une partie des membranes ovulaires le liquide amniotique venant se placer sur cette partie des membranes mise à nu au niveau de l'orifice utérin fait saillir une sorte de hernie de ces membranes dans laquelle il s'accumule peu à peu et constitue ainsi la poche des eaux.

La poche des eaux ainsi constituée joue un rôle important dans l'accouchement. Elle se forme, comme nous venons de le voir, dès que le col est effacé et n'est pas rigide. Car les membranes alors peuvent s'engager dans l'orifice. La poche des eaux affecte différentes formes,

mais quelle que soit la forme elle a le même rôle physiologique.

En effet cette poche favorise beaucoup l'accouchement en général. D'abord par la dilatation lente et douce de l'orifice du col à chaque contraction utérine, la poche des eaux venant élargir cet orifice, dont les parois sont rendues élastiques par le liquide contenu exerçant une pression douce sur les bords de l'orifice du col.

En second lieu, la caduque étant toujours rompue, elles laissent transsuder le liquide qui s'écoule lentement, pour lubrifier et ramollir le tissu de l'orifice utérin.

Enfin la présence de la poche des eaux dans l'orifice du col joue un peu le rôle d'un corps étranger, et produit une excitation du muscle utérin qui donne plus de force à chaque contraction de l'organe gestateur.

D'après Biford la poche des eaux aiderait aussi la dilatation vulvo-vaginale, suivant lui la poche des eaux en arrivant à la vulve s'accommoderait à l'orifice vulvo-vaginale en le dilatant et ferait ainsi un chemin à la tête qui pourrait se dégager plus facilement en avant. Le périnée serait de la sorte moins menacé. Dumas a réfuté cette opinion et nous croyons pour notre part que la poche des eaux arrivant à la vulve peut favoriser la providence du cordon et amener ainsi la mort du fœtus si l'on intervient pas.

Les membranes ovulaires donnent donc naissance à la poche des eaux dont nous venons de voir le rôle physiologique si utile dans l'accouchement.

Par suite en obstétrique il faudra donc poser comme règle que la poche des eaux en général ne doit pas être rompue.

C'est ici que nous allons dans la mesure de notre possible signaler les cas où l'accoucheur ne devra pas se conformer à cette règle.

RUPTURE ARTIFICIELLE DES MEMBRANES AVANT LA DILATATION COMPLÈTE

Ce fait que la rupture des membranes est presque toujours suivi de l'expulsion de l'œuf est connu depuis la plus haute antiquité. Hippocrate en parle.

Les premiers accoucheurs qui tirèrent un résultat pratique de la ponction du liquide amniotique furent en 1756 Macaulay, imité par Kelly et Denman. Ces auteurs pratiquaient la rupture artificielle des membranes non seulement pour activer le travail, mais ils se servaient de cette méthode même pour provoquer un accouchement prématuré.

Nous allons d'abord examiner quelles sont les conditions physiologiques, tant vis à vis de la mère que vis à vis du fœtus, pour que l'on puisse pratiquer la rupture artificielle des membranes, nous verrons ensuite quels sont les principaux cas qui imposeront cette manœuvre.

Les conditions nécessaires chez la mère ne doivent pas être recherchées légèrement.

Il faut en effet que l'orifice utérin ait déjà acquis un certain degré de dilatation.

En effet, si l'on rompait les membranes avant toute dilatation les contractions utérines arriveraient peu à peu sans doute en poussant la tête du fœtus à dilater le col, mais l'utérus en se rétractant d'une façon immédiate sur le fœtus l'exposerait à périr d'asphyxie, soit par compression du cordon, soit par gêne de la circulation placentaire.

Il est rare de trouver l'orifice utérin rigide, mais ce fait a été cependant trouvé par certains accoucheurs. Cette rigidité de l'orifice du col sera suivant nous une mauvaise condition pour pratiquer la rupture artificielle.

Cette rigidité de l'orifice retardera en effet la dilatation et le fœtus sera ainsi exposé à rester longtemps dans l'utérus subissant directement la pression des parois utérines, pression qui, comme nous venons de le dire peut lui être funeste.

Certains accoucheurs prétendent de plus que la ponction des membranes ovulaires ne devra être mise en pratique que dans les cas où la femme est bien constituée.

Nous croyons pour notre part que dans les cas de viciation du bassin on devra être très circonspect, mais que la bonne conformation du squelette ne sera pas une condition absolument nécessaire, et nous avons vu récemment M. le professeur Pinard faire la ponction des membranes chez une parturiente qui présentait une viciation du bassin.

L'accouchement a eu lieu rapidement, l'enfant est venu bien portant.

Une autre condition plus importante alors est que la présentation soit longitudinale.

En effet, si la position était tout autre il faudrait opérer la version, qui devient à peu près impossible lorsque le liquide amniotique s'est écoulé.

Il faudra en outre que l'accoucheur s'assure qu'il n'y a pas de procidence du cordon.

L'écoulement du liquide amniotique ne permettrait plus la rétropulsion du cordon et l'enfant périrait par suite de l'arrêt de circulation.

Si l'accoucheur par exemple constatait la procidence d'un membre ou du cordon quelle sera sa conduite à tenir ?

Supposons une parturiente chez laquelle la dilatation présente la grandeur d'une pièce de cinq francs, le travail est arrêté ou à peu près, un bras est engagé dans le vagin.

La poche des eaux n'est pas ouverte.

L'accoucheur devra rétropulser ce membre avec précaution et lenteur et faire tous ses efforts pour sauvegarder la poche des eaux, le membre rétropulsé il essaiera la version par manœuvre externe si elle est impossible il la fera par manœuvre interne. Mais il devra veiller dans la mesure du possible à ne pas ouvrir la poche des eaux. Car il lui serait très difficile après l'écoulement

du liquide amniotique de réduire le membre tombant dans le vagin.

Il en sera de même du cordon et si la réduction du cordon est impossible sans la rupture de la poche il faudra se hâter d'introduire la main et de rétropulser le cordon sitôt la rupture produite.

Toutes ces conditions existant chez le fœtus et chez la mère examinons maintenant qu'elles sont les principales indications pour l'accoucheur de pratiquer la rupture prématurée des membranes.

Nous savons que la quantité du liquide amniotique pour être normale ne doit pas dépasser un litre au plus. Il est des cas où cette quantité du liquide amniotique est bien supérieure et nous avons dit que cette abondance de liquide constituait un état pathologique appelé *hydramnios*.

Voyons ce qu'il se passe dans ces cas d'*hydramnios*.

L'utérus distendu d'une façon énorme ne peut plus revenir sur lui-même, la fibre musculaire perd de sa force et ne donne lieu qu'à des contractions faibles qui sont insuffisantes pour l'expulsion du fœtus, quelquefois même la tête ne peut pas s'engager. Le fœtus est mobile il roule dans le liquide amniotique, si alors on vient diminuer cette distension de l'utérus en évacuant le liquide, l'utérus reviendra sur lui-même et le muscle utérin pourra se contracter avec force, l'accouchement alors se fera sans difficulté.

La conduite de l'accoucheur est donc toute indiquée

dans les cas d'hydramnios, il devra pratiquer la rupture prématurée des membranes.

Toutefois nous croyons devoir insister ici sur une précaution à prendre en évacuant cet excès de liquide amniotique. Si on suppose un fœtus mobile, dans ce liquide la tête non engagée. Le liquide amniotique s'écoulant brusquement à l'extérieur après la rupture artificielle des membranes.

Le fœtus lui aussi sera brusquement entraîné en bas et il pourra s'engager alors dans une position défectueuse. Il pourra se produire la procidence d'un membre ou du cordon entraîné par le liquide.

Pour remédier à ce danger l'accoucheur devra par conséquent veiller à ce que l'écoulement du liquide ne se produise pas trop vite, que le fœtus vienne se placer dans une présentation du sommet, avec la main gauche introduite dans le vagin, il modérera un peu l'écoulement et la droite appliquée sur la paroi abdominale pourra aider l'évolution du fœtus.

Nous avons eu l'occasion de voir des parturientes chez lesquelles la quantité de liquide amniotique n'était pas sensiblement exagérée néanmoins la tension de l'utérus était très forte, le travail était presque arrêté ou du moins excessivement lent. Cette tension continuelle de l'utérus empêchait l'œuf de descendre.

La rupture artificielle des membranes pratiquée, l'accouchement se faisait rapidement.

Il sera donc indiqué à l'accoucheur de rompre préma-

turément les membranes dans ces cas de tension continue de l'utérus, en effet, l'écoulement du liquide fera cesser cette tension utérine et l'œuf pourra alors descendre.

On signale aussi d'autres cas où il était nécessaire de pratiquer la ponction des membranes. Lorsque ces membranes sont trop résistantes la pression du liquide amniotique n'est plus suffisante pour les rompre, et l'accouchement ne peut pas se faire.

Nous n'avons jamais pour notre part rencontré des cas semblables. Les membranes formeraient ainsi au fœtus une enveloppe solide dont il ne pourrait s'échapper. On comprend qu'en pareil cas il faudra favoriser au fœtus la sortie de cette enveloppe en y pratiquant une ouverture qu'il ne peut se faire lui-même.

Enfin nous signalerons un autre cas très important où l'accoucheur ne devra pas hésiter à rompre prématurément les membranes.

Lorsque pendant la période de dilatation il se produit un écoulement sanguin dû à une insertion vicieuse du placenta, à un décollement de cet organe.

Puzos a mis cette méthode en pratique : citons quelques phrases de lui à ce sujet dans les cas d'insertion vicieuse du placenta.

« J'ai remarqué que les femmes qui avaient des douleurs assez fortes pour laisser agir la nature perdaient moins de sang que celles dont les douleurs étaient lentes, que l'augmentation des douleurs devenaient un moyen pour

diminuer ou suspendre les pertes de sang avant la fin du travail, et j'ai éprouvé que ces femmes accouchaient très heureusement et que rarement les suites funestes attachées à l'accouchement forcé venaient troubler le succès attaché à ces opérations naturelles ».

Puzos chercha un moyen de remédier à la lenteur de l'accouchement, et voici comment il procédait.

Il introduisait la main dans le vagin et au moyen des doigts introduits successivement dans l'orifice du col il dilatait peu à peu cet orifice. La poche des eaux apparaissait et il pratiquait la rupture artificielle des membranes dès que la poche était apparue.

D'autres accoucheurs qui disent avoir rencontré dans leur pratique des insertions centrales du placenta conseillent de ne pas hésiter même dans ce cas.

Deventer propose d'attaquer résolument le placenta pour arriver avec le doigt, directement porté au travers du tissu placentaire, jusqu'aux membranes. *Gendrin* préfère le décoller sur un de ses bords.

Que se passe-t-il, en effet, dans cette manœuvre?

L'utérus en se contractant violemment après la ponction du liquide amniotique pousse la tête du fœtus sur le placenta décollé et cette pression vient arrêter l'hémorrhagie.

Toutefois s'il est indiqué, comme nous venons de le voir, de pratiquer la rupture artificielle des membranes, nous devons ajouter ici que l'accoucheur doit être très prudent en se servant de cette méthode, il ne devra jamais se

lâter, à moins de cas particuliers, et laisser le plus qu'il pourra agir la nature elle-même.

On pratique généralement cette ponction avec une tige en baleine dont l'extrémité supporte une petite pointe. On s'est servi de différents instruments pour cette opération.

Tels sont, par exemple, le perforateur de Wengel, le trocart siphon de Klüge.

L'instrument le plus simple et le plus commode est la tige en baleine dont nous avons parlé, la tige est guidée sur l'indicateur de la main gauche et poussée jusqu'aux membranes, après s'être assuré qu'on est pas en rapport avec une partie fœtale l'aiguille, est poussée dans la poche des eaux puis retirée, on modère l'écoulement du liquide avec les doigts introduits dans le vagin.

L'opération n'est pas douloureuse. Les cas de blessures de l'utérus sont tout à fait exceptionnels.

Nous reproduisons d'abord une première observation qui nous a été communiquée par M. Potocki, alors chef de clinique de M. le professeur Pinard, nous saisissons avec plaisir l'occasion qui nous est offerte de lui exprimer publiquement toute notre reconnaissance d'avoir bien voulu nous aider de ses conseils.

OBSERVATION I (inédite).

Camille L..., âgé de 20 ans, couturière, est une primipare, sa mère est morte à 22 ans d'une maladie de poitrine, le père est vivant, elle a marché à deux ans et a toujours bien marché.

Elle a été réglée à 16 ans, a été depuis toujours bien réglée.

Elle a eu ses dernières règles le 1^{er} janvier 1890. Les mouvements du fœtus ont été perçus au quatrième mois, la hauteur de l'utérus est de 7 centimètres.

Le ventre est normal, les parois abdominales sont tendues. La tête est engagée en gauche antérieure. Elle entre dans le service le 2 octobre à 6 heures et demi du soir ayant des douleurs peu violentes et très espacées.

Les membranes sont intactes et la dilatation du col est comme une pièce de cinquante centimes.

Elle n'a ni œdème, ni varice, les urines ne présentent pas d'albumine.

La température est de 37°,5.

Le 2 octobre à minuit la dilatation est comme une pièce de 1 franc.

Les douleurs s'arrêtent pour reparaitre le 3 octobre à 5 heures du matin plus fortes et plus fréquentes.

La dilatation de l'orifice utérin augmente très lentement, le 3 octobre à 3 heures du soir la dilatation est comme une pièce de 2 francs, les douleurs comptées pendant une heure sont au nombre de dix.

A 7 heures du soir la dilatation n'a fait aucun progrès. Au toucher on sent une poche molle qui disparaît lorsque les contractions utérines cessent à 7 heures 1/4. M. le Dr Potocki ponctionne les membranes. A 9 heures les douleurs sont très violentes et répétées souvent. A 9 heures et demie la dilatation est complète.

L'expulsion a lieu à 10 heures 50 minutes et a duré une heure et demie environ.

Le travail avait duré cinquante-quatre heures.

La quantité de liquide était considérable. Il n'y a pas de sang, ni avant ni après l'accouchement.

L'enfant est vivant, pèse 3.500 grammes. Le placenta est expulsé trente minutes après l'accouchement, il pèse 810 grammes.

Les membranes sont complètes.

OBSERVATION (personnelle).

Jeanne E..., âgée de 38 ans, journalière, père et mère vivants en bonne santé; elle a marché à deux ans et a toujours bien marché, a été réglée à 13 ans et depuis très régulièrement.

Multipare.

Premier accouchement 1880, fille vivante à terme.

Deuxième accouchement 1881, fille vivante à terme.

Troisième accouchement 1882, fille vivante à terme.

Même père pour tous les enfants bien portant.

Elle a eu ses dernières règles en juin 1891. La hauteur de l'utérus est de 39 centimètres. Les mouvements du fœtus ont été perçus à 4 mois, œdème léger aux deux jambes. Le ventre est énorme, la tension des parois est très forte.

Le palper très difficile indique cependant une présentation du sommet, et une tête non engagée. Elle entre à l'hôpital le 14 février 1892, à 6 heures du soir la dilatation de l'orifice utérin est comme une pièce de 5 francs. Le travail avait commencé deux heures avant.

Le 15 février, la dilatation n'a fait aucun progrès, la poche fait saillie dans le vagin et arrive jusqu'à la vulve pendant les contractions. Elle a la forme d'un boudin, à 6 h. 20 minutes du matin on rompt les membranes.

A 6 h. 40 la dilatation était complète et le fœtus était expulsé à 6 h. 45 minutes. Le travail avait duré quinze heures, la période

d'expulsion avait duré cinq minutes. L'enfant naît bien portant pesant 4,100 grammes.

Le placenta est expulsé dix minutes après l'accouchement. La parturiente perd une grande quantité de liquide amniotique d'une couleur verdâtre, et pas de sang.

Les membranes sont complètes.

L'amnios est décollée.

OBSERVATION III (personnelle).

Marie G... est âgée de 28 ans, blanchisseuse, ses parents vivent et sont bien portants.

Elle a marché à 12 mois et depuis a toujours bien marché.

Elle a été réglée à 17 ans, elle a toujours été bien réglée.

Multipare a été traitée pour une métrite après son premier accouchement.

Première grossesse 1885, garçon à terme vivant.

Deuxième grossesse 1889, fausse couche à 4 mois.

Elle a eu ses dernières règles le 6 janvier 1891, elle a perçu les mouvements du fœtus au bout de 4 mois et demi.

La hauteur de l'utérus est de 34 centimètres.

Pas d'œdème des jambes, pas d'albumine dans les urines, le ventre est très gros.

La paroi abdominale tendue et dure.

Au palper, on sent difficilement une présentation du sommet.

Le foyer d'auscultation est à droite sous l'ombilic.

Elle entre à l'hôpital le 12 octobre 1891, avec des douleurs faibles et très espacées.

La dilatation est comme une pièce de deux francs, à 7 heures du soir pendant la nuit les contractions utérines n'augmentent pas sensiblement de violence, la parturiente peut dormir de temps à autre.

A 5 heures du matin, le 13 octobre, la dilatation est à peu près la même. A 9 heures on rompt la poche des eaux. La tête suit le doigt et s'engage en position droite antérieure.

L'orifice utérin revient un peu sur lui-même. Mais un quart d'heure après la dilatation est complète. Les douleurs sont devenues très violentes alors qu'elles étaient peu fortes et encore très espacées avant la ponction des membranes.

Le début du travail s'était produit le 12 octobre, à 6 heures du soir.

La durée de ce travail avait été de quinze heures et quart.

L'expulsion du fœtus a lieu à 9 heures 30 minutes et a duré un quart d'heure.

L'enfant est gros, vivant, il pèse 4.220 grammes.

Le placenta normal circulaire pèse 800 grammes.

Les membranes sont complètes.

OBSERVATION IV (personnelle).

Louise L..., âgée de 34 ans, journalière, ignore de quoi sont morts ses parents, a toujours bien marché, mais croit se souvenir avoir marché très tard.

A été réglée à 13 ans ; a depuis toujours été bien réglée.

Multipare, en est à sa cinquième grossesse. Son mari est tuberculeux.

Première grossesse. — Avortement à 4 mois.

Deuxième grossesse. — Enfant vivant à terme.

Troisième grossesse. — Avortement à 4 mois.

Quatrième grossesse. — Avortement à 4 mois.

Elle a eu ses dernières règles le 25 mars 1890.

Les mouvements du fœtus ont été perçus à quatre mois et demi.

Elle a eu des hémorrhagies successives pendant le deuxième mois de sa grossesse.

Elle entre à l'hôpital le 9 janvier 1891. Elle a des douleurs depuis le 7 janvier.

Pas d'œdème. Pas d'albumine dans les urines. L'état général bon.

Le ventre est normal. Le palper fait reconnaître une présentation du sommet en gauche antérieure.

A son entrée le 9 janvier à 9 heures du matin la dilatation est comme une pièce de un franc. Les contractions utérines sont peu violentes et rares à 5 heures du soir la dilatation est comme une

pièce de deux francs. On pratique la rupture artificielle des membranes à 5 heures 1/2, la dilatation est complète.

L'expulsion a lieu à 5 h. 45 minutes. La durée du travail avait duré depuis le 7 janvier à 11 heures du matin jusqu'au 9 à 5 h. 45 minutes, c'est-à-dire environ cinquante-cinq heures.

La période d'expulsion a duré un quart d'heure.

La quantité de liquide amniotique est normale d'une couleur jaunâtre.

La parturiente perd du sang assez abondamment, le sang est mélangé de gros caillots.

L'enfant est vivant, il pèse 3995 grammes.

Le placenta est presque circulaire, pèse 780 grammes.

Les membranes sont complètes.

OBSERVATION V (personnelle).

Marie B..., âgée de 22 ans, couturière, a marché à neuf mois a toujours bien marché depuis cette époque.

Elle a été réglée à 13 ans, ses règles sont régulières, au moment de l'apparition de ses premières règles elle dit avoir été traitée pour une chloro-anémie.

Primipare. Elle entre à l'hôpital le 20 janvier.

Le ventre est normal, l'utérus a une hauteur de 32 centimètres. Le palper permet de reconnaître une présentation du sommet en droite postérieure.

La tête est très engagée. Les urines contiennent de l'albumine, mais il n'y a pas de trouble de la mixtion.

Les douleurs ont commencé le 19 janvier à minuit, elle entre à l'hôpital le 20 janvier à 3 heures du matin.

La dilatation est comme une pièce de cinquante centimes, elle reste stationnaire jusqu'à huit heures. De huit heures du matin à 8 heures du soir elle prend les dimensions d'une pièce de 2 francs. A 6 heures du soir, le 20 janvier, on fait la ponction des membranes. A 8 heures la dilatation est complète, à 7 heures a lieu l'expulsion.

Le travail a donc duré vingt heures. La période d'expulsion une heure.

La quantité et la couleur du liquide amniotique sont normales, la position s'est terminée en droite antérieure.

L'enfant est venu vivant pesant 2950 grammes.

Le placenta expulsé normalement pèse 490 grammes.

L'amnios est décollée, les autres membranes sont intactes.

OBSERVATION VI

Nous devons l'observation qui suit à l'obligeance de M^{lle} Roze, sage-femme en chef de la clinique Baudelocque.

Charlotte..., est âgée de 28 ans, ses parents vivent et sont en bonne santé.

Elle a marché à treize mois, elle a toujours bien marché.

Réglée à 17 ans. Ses règles ont toujours été irrégulières.

Elle a eu une première grossesse en 1890. L'accouchement a eu lieu au huitième mois après quinze heures de travail.

Elle entre à la salle du travail le 12 février à 2 heures 10 minutes du soir. Le ventre est souple les parois sont peu tendues.

Au palper on sent une tête engagée en gauche postérieure. Il y a des traces d'albumine dans les urines.

Le travail a débuté le 12 février à midi. La dilatation de l'orifice utérin est de la grandeur d'une pièce de cinquante centimètres.

Jusqu'à 4 heures et demi la dilatation ne fait pas de progrès. On rompt alors les membranes à 6 heures et demi, la dilatation est complète et l'expulsion a lieu à 6 heures 45 minutes.

La quantité du liquide amniotique n'est pas trop exagérée.

L'enfant naît bien portant pesant 2050 grammes.

Le placenta est expulsé trente minutes après l'accouchement il pèse 650 grammes.

Les membranes sont complètes l'amnios n'est pas décollée.

OBSERVATION VII

Relevée par M. le Dr Lepage, *Annales de gynécologie*, 1886.

La nommée Elisa Muller, âgée de 40 ans, habite l'Alsace, elle vient à Paris et entre le 18 avril 1886 à Lariboisière dans le service de M. le professeur Pinard.

Père mort, 56 ans, d'un étranglement herniaire. Mère morte

cardiaque. Elle a été réglée à 14 ans, depuis, sa menstruation a été régulière. Mariée à 22 ans.

Première grossesse à 28 ans ; elle a eu depuis d'autres grossesses, à 29 ans, à 31 ans, à 33 ans, à 37 ans, à 38 ans : toutes avec présentation du sommet, les enfants vivants. Ses dernières règles datent du 20 juin. Elle n'a eu aucune perte de sang depuis. Son enfant a remué en janvier.

Elle est prise de douleurs le 9 janvier, elle perd du sang en abondance, elle entre à l'hôpital à midi, la perte de sang est tellement abondante qu'elle laisse des traces sur tout son chemin. A son entrée l'orifice du col est dilaté comme une pièce de un franc, à droite on sent le placenta qui fait hernie. Les irrigations chaudes n'arrêtent pas l'hémorrhagie.

On fait alors la ponction des membranes. Les contractions utérines sont fortes et rapprochées, la perte de sang s'arrête, à 3 heures la dilatation est complète, à 3 h. 1/2 l'accouchement est terminé.

L'enfant est mort, a un bec de lièvre, pèse un kilogramme il a une hernie diaphragmatique. La délivrance est spontanée à 3 h. 50 minutes.

Le placenta est normal se présentant par un de ses bords.

Les membranes sont entières mais déchirées. La rupture s'est faite près du bord placentaire.

OBSERVATION VII

Rédigée par M. Varnier, chef de clinique de M. le professeur Pinard,
Annales de Gynécologie.

Caubet, 37 ans, couturière, entre à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. le professeur Pinard le 9 mai 1885 à 9 heures du soir.

Cette femme bien conformée, habituellement bien réglée, est accouchée trois fois spontanément à terme d'enfants vivants, se présentant par le sommet.

Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 23 septembre 1884. La grossesse actuelle a évolué normalement jusqu'à 6 mois et demi. A cette époque, sans cause appréciable, elle a une métrorrhagie abondante qui s'arrête spontanément à deux reprises différentes dans l'espace de quinze jours, elle a deux nouvelles hémorrhagies.

Le 9 mai, à 4 heures, elle ressent les premières douleurs, une hémorrhagie se produit. Elle entre à l'hôpital à 9 heures, l'enfant vivant se présente par le sommet en O. I. G. A.

Le col est effacé, l'orifice externe dilaté comme 1 franc.

Les membranes sont intactes et épaisses.

L'écoulement sanguin continue. Au bout d'une heure, on voit apparaître à la vulve coiffant la tête les membranes intactes et le bord du placenta.

On rompt les membranes et presque immédiatement la femme expulse un garçon en état de mort apparente pesant 2.000 gram-

mes. Ranimé et mis dans la couveuse l'enfant meurt une heure après. Aussitôt après le fœtus le placenta est expulsé, il s'est présenté par un de ses bords, est irrégulier. Les membranes entières mesurent 0,30.

OBSERVATION IX

Personnelle, recueillie à la clinique Baudelocque.

Julie B..., 28 ans, entre le 9 octobre à la clinique d'accouchement à 3 heures du soir.

Elle a été prise de douleurs à midi et presque en même temps d'une perte de sang abondante. Elle est bien constituée, elle a eu il y a deux ans une première grossesse. L'enfant s'est présenté par le sommet. Elle a perdu très peu de sang.

Elle a été réglée à 14 ans, elle est bien réglée depuis.

Ses dernières règles datent de janvier.

Elle n'a pas perdu de sang pendant sa grossesse.

Le 9 octobre, à midi, elle a ressenti des douleurs, puis l'hémorragie s'est déclarée, elle est assez abondante.

A son entrée, l'orifice du col est peu dilaté. Le doigt sent au niveau de la partie gauche de l'orifice le bord du placenta décollé dans une petite étendue, les membranes sont intactes.

L'hémorragie augmente, on rompt les membranes, immédiatement l'hémorragie s'arrête, et bientôt, un enfant pesant 2100 grammes est expulsé.

La délivrance naturelle vient aussitôt après, il n'y a plus d'hémorragie.

Les membranes sont entières.

OBSERVATION X (résumée).

Louise, entre à l'hôpital le 6 juin, enceinte de 7 mois et demi.

Elle a eu tous les jours des pertes de sang depuis 15 jours.

Le 30 juin. — Elle est prise de douleurs en même temps qu'une hémorrhagie très abondante se déclare. L'hémorrhagie continuant malgré les irrigations d'eau chaude on rompt les membranes lorsque la dilatation est comme une pièce de 2 francs.

L'hémorrhagie s'arrête et 4 heures après a lieu l'expulsion d'un fœtus macéré. Les membranes ne sont expulsées que 8 jours après.

CONCLUSIONS

Il ressort nettement de notre travail que dans des conditions particulières la rupture artificielle des membranes doit être pratiquée avant la dilatation complète.

Les conditions nécessaires existant (présentation longitudinale) on devra pratiquer la rupture prématurée des membranes.

1° Dans tous les cas où la tête engagée, les contractions utérines étant régulières, les membranes constamment tendues aussi bien dans l'intervalle des contractions qu'au moment de ces dernières la dilatation de l'orifice restera stationnaire.

2° Dans tous les cas où pendant la période de la dilatation se produira un écoulement sanguin dû à un décollement du placenta.

Vu : le Président de la soutenance,
PINARD.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

HENRI JOUVE, Imprimeur de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

— THÈSE —

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 février 1892, à 1 heure

Par LOUIS GAZARD

Né à Blesle (Haute-Loire), le 29 septembre 1863

Ancien externe des hôpitaux
Ancien chef de la clinique otologique de Paris

UTILITÉ

DE LA RUPTURE ARTIFICIELLE

Des membranes avant la dilatation complète
dans l'accouchement

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { GAUTIER, professeur.
 { A. ROBIN, FAUCONNIER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

—
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Docteurs		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie.		FARABEUF
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.		DEBOVE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.		TILLAUX.
Thérapeutique et matière médicale.		N.
Hygiène.		HAYEM.
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.		LABOULBÈNE.
Clinique médicale.	{	STRAUS.
Maladie des enfants.		G. SÉE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux		PETER.
Clinique chirurgicale.	{	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires		BALL.
Clinique ophthalmologique		FOURNIER.
Cliniques d'accouchements	{	CHARCOT.
		VERNEUIL.
		LE FORT.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		GUYON.
		PANAS.
		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS	POIRIER, chef	RICARD
BRISSAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DÉJERINE	MARIE	RETTERRER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Cher maître,

Vous m'avez fait l'insigne honneur d'accepter la présidence de cette thèse que j'aurais souhaité plus digne de vous.

C'est pour moi un motif de plus pour vous remercier de toutes les bontés que vous avez eues pour moi. Permettez-moi de vous témoigner ici l'hommage de mon plus respectueux attachement.

